

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE MEDICINA

LUDMILA FRUTUOZO SILVEIRA

MARIANA JANUARIO DA SILVA

PARTO HUMANIZADO E (RE) ENCONTRO

DA FISILOGIA FEMININA

DUQUE DE CAXIAS

2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

LUDMILA FRUTUOZO SILVEIRA
MARIANA JANUARIO DA SILVA

PARTO HUMANIZADO E (RE) ENCONTRO
DA FISILOGIA FEMININA

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professor Alexandre Trajano

DUQUE DE CAXIAS

2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

LUDMILA FRUTUOZO SILVEIRA
MARIANA JANUARIO DA SILVA

PARTO HUMANIZADO E (RE) ENCONTRO
DA FISILOGIA FEMININA

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2021

DUQUE DE CAXIAS
2021

RESUMO

Introdução: O processo fisiológico do parto foi inserido em condutas protocoladas ao longo das décadas. Desta maneira, as parturientes perderam seu protagonismo, o que culminou em um movimento governamental e científico, no sentido de resgate da humanização do parto.

Objetivo Geral: estudar o atual cenário de partos normais e cesáreos no espaço público e privado, relacionando com as recomendações da OMS. **Métodos:** foi realizada uma pesquisa de modelo transversal, com questionário, aplicado em 2018, a 200 mulheres, com partos realizados no estado do Rio de Janeiro e limite de idade dos filhos de 20 anos. **Resultados:**

56,6% tinham filhos menores de 5 anos; 42% das mulheres com ensino médio completo; 29,5% com partos em hospitais privado, 66,5% em público; 67% preferiam parto vaginal durante pré natal, 33% cesariana; das justificativas para a cesariana, 15% tiveram apresentação pélvica incompatível, 7,5% relatam sofrimento fetal; 33% não tiveram acompanhante; 22,5% não tiveram dúvidas sanadas; 23,5% não tiveram contato pele a pele com bebê imediato; 60% não tiveram aleitamento imediato; 46,5% não conheciam a identidade do profissional; 23,5% não eram informadas sobre os procedimentos; Com parto vaginal, 57% não escolheram posição na expulsão, 64% não tiveram acesso a técnicas naturais de alívio da dor, 64% não receberam alimento/líquido durante trabalho de parto; Antes do parto relatado, 55,% não conheciam o termo “Parto Humanizado”, no momento da pesquisa 30% também não conheciam.

Conclusão: algumas recomendações da OMS não estão sendo respeitadas no momento do parto.

Palavras-chave: Parto, História, Humanizado, Medicalização, Trabalho

ABSTRACT

Introduction: The physiological process of childbirth was included in protocols over the decades. Then, the parturients lost their protagonism, which culminated in a governmental and scientific movement, in order to rescue the humanization of childbirth. **Objective:** to study the current scenario of vaginal delivery and cesarean section in the public and private hospitals, relating to the WHO recommendations. **Methods:** a cross-sectional survey was carried out, with a questionnaire, applied in 2018 to 200 women, with deliveries performed in the state of Rio de Janeiro and children from 0 to 20 years old. **Results:** 56.6% had children under 5 years old; 42% of women had concluded high school; 29.5% gave birth in private hospitals, 66.5% in public ones; 67% preferred vaginal delivery during prenatal care, 33% cesarean section; of the justifications for cesarean section, 15% had an incompatible breech presentation for vaginal delivery, 7.5% reported fetal distress; 33% had no companion; 22.5% had no doubts solved; 23.5% had no immediate skin-to-skin contact with the baby; 60% did not had immediate breastfeeding; 46.5% did not know the professional's identity; 23.5% were not informed about the procedures; With vaginal delivery, 57% did not choose the expulsion position, 64% did not had access to natural pain relief techniques, 64% did not received food/liquid during labor; Before the reported childbirth, 55% did not know the term "Humanized Childbirth", at the time of the research 30% did not know it either. **Conclusion:** some WHO recommendations are not being respected at the time of delivery.

Keywords: Childbirth, History, Humanized, Medicalization, Labor

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras
AWHONH	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
CFM	Conselho Federal de Medicina
DOU	Diário Oficial da União
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PUBMED	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos
RN	Recém Nascidos
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Universal de Saúde brasileiro
TP	Trabalho de Parto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Idade dos filhos em 2018.....	19
Figura 2. Escolaridade Materna.....	20
Figura 3. Via de parto: Preferência no pré-natal x realizado.....	20
Figura 4. Justificativa médica para realização de parto cesariana.....	21
Figura 5. Local onde foi realizado o parto.....	21
Figura 6. Circunstâncias do parto (Todo o grupo – Parto vaginal e Cesariana).....	22
Figura 7. Circunstâncias do parto (Apenas nos casos de parto vaginal).....	22
Figura 8. Conhecimento sobre o tema “Parto Humanizado”.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Idade dos filhos em 2018.....	19
Tabela 2. Escolaridade Materna.....	19
Tabela 3. Via de parto: Preferência no pré-natal x realizado.....	20
Tabela 4. Local onde foi realizado o parto.....	21
Tabela 5. Circunstâncias do Parto Vaginal.....	22
Tabela 6. Conhecimento sobre o tema “Parto Humanizado”.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 HISTÓRICO BRASILEIRO.....	10
1.2. O SÉCULO XX.....	10
1.3 OS SISTEMAS DE SAÚDE: PÚBLICO E PRIVADO.....	11
1.4 INTERVENÇÃO, MEDICALIZAÇÃO E MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	13
1.5 CRÍTICA AO MODELO OBSTÉTRICO NO BRASIL.....	14
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	17
4 RESULTADOS.....	19
5 DISCUSSÃO.....	24
5.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.....	24
5.2 A DOR DO PARTO: INFLUÊNCIA AMBIENTAL E TÉCNICAS ALTERNATIVAS.....	25
5.3 ESCOLHA DE POSIÇÃO DURANTE TRABALHO DE PARTO.....	26
5.4 CONTATO PELE A PELE E ALEITAMENTO IMEDIATO.....	27
5.5 INGESTÃO DE SÓLIDOS E LÍQUIDOS DURANTE TRABALHO DE PARTO.....	28
6 CONCLUSÃO.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
8 REFERÊNCIAS.....	31
ANEXOS.....	35
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO COMPLETO.....	36
ANEXO 2 - TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO.....	38
ANEXO 3 - GRÁFICOS – RESULTADOS – GOOGLE FORMS.....	39
APÊNDICES.....	44
APÊNDICE 1 - E-MAIL DA PROF. RAQUEL NOBOA.....	45
APÊNDICE 2 - E-MAIL DA PLATAFORMA BRASIL.....	46

1 INTRODUÇÃO

A perpetuação da espécie humana tem como clímax a protagonização do parto interpretado pela figura da mulher. As práticas e costumes que envolvem o roteiro gravídico até o seu desfecho sofreram mudanças ao longo do tempo assim como os figurantes desse grande momento. A atuação do médico nesse cenário só se tornou rotineira com o surgimento da medicalização no final do século XIX. Consequentemente, a substituição das parteiras e a condenação dos costumes tradicionais exigiram uma formação acadêmica oficial para as mesmas. Essa transição da figura auxiliadora foi diferente ao redor do mundo (MOTT, 2002)

1.1 HISTÓRICO BRASILEIRO

O Brasil colonial foi marcado pelo saber empírico e tradicionalista das parteiras, sendo as mulheres os principais pilares do conhecimento de parto. Esse período foi demarcado por um incentivo pró natalista, visto que a Igreja tinha grande influência em fomentar a procriação e o papel da mulher na vida familiar. É importante salientar que a Igreja e a Medicina exerciam seus papéis paralelamente. Ambos detinham acesso a intimidade feminina voltados ao cuidado do corpo da alma. Além de serem os setores com os maiores recursos financeiros e acadêmicos, constituíam referência a medicina europeia (SEIBERT *et al.*, 2005).

Após a consolidação da Coroa Brasileira, houve importação de médicos franceses e da Obstetrícia europeia pela faculdade de Paris. Ao mesmo tempo, as mulheres com maior poder aquisitivo tinham a oportunidade de parir com a assistência de um médico, muitos deles tendo a academia europeia como fonte de modernidade, o que trazia um status de maior segurança. Somado a isso, o país passou por um processo importante de queda da taxa de mortalidade materna e neonatal (SEIBERT *et al.*, 2005).

1.2. O SÉCULO XX

As grandes metrópoles despertaram a criação de hospitais e o início da medicalização tecnológica em diversas especialidades, inclusive na obstetrícia. Houve, então, a disseminação de técnicas cirúrgicas como a cesariana, fórceps, episiotomias como instrumentos profiláticos de complicadores e métodos para acelerar o trabalho de parto (TP). Somou-se a possibilidade de analgesia, grande avanço dentro da medicina voltada ao parto (SEIBERT *et al.*, 2005).

Nesse modelo, houve a incorporação das técnicas protocoladas e pré estabelecidas dentro das unidades de saúde. Vale salientar que a evolução da cirurgia cesariana,

essencialmente a partir da segunda metade do século XX, trouxe inúmeros benefícios para para mãe e para o conceito, no entanto, houve uma transferência de atenção materna para o feto, e isso repercutiu no que diz respeito a voz feminina. Paralelamente, as cesarianas ganharam uma conotação simplista e elitista, desvinculando a sua origem de indicação para urgências e emergências (SEIBERT *et al.*, 2005).

O estudo do parto avançou no mundo científico, com novas técnicas e investimento em pesquisas, sendo os resultados acompanhados e referenciados pela diminuição das taxas de mortalidade. Por outro lado, a hospitalização traçou um guia de cuidados assistencialistas que minimizaram o enfoque materno e tenderam a transformar a percepção da fisiologia natural do parto em um possível quadro patológico.

Até os primeiros anos do século XX, o parto era quase que exclusivo do universo feminino, domiciliar, ligado a crenças, valores culturais locais e tradições. Com o surgimento da medicalização, ampliação dos conhecimentos técnicos na medicina e estudos dedicados a aumentar a taxa de sobrevivência materna e neonatal, ganhou importância a obstetrícia hospitalar, que, contribuiu para reduzir a morbimortalidade materna e fetal nos casos complicados. Por outro lado, também favoreceu o aumento de intervenções desnecessárias e prejudiciais na assistência ao parto de risco habitual. Ao longo da segunda metade do século passado, cresceu a relevância e a frequência da operação cesariana, cirurgia que foi de grande avanço dentro da área obstétrica, e que até os dias atuais é uma conduta de grande peso para as gestações de risco (CASTRO *et al.*, 2005).

A partir dos anos 1980, diversas instituições, com destaque para a Organização Mundial de Saúde (OMS), produziram variadas análises e recomendações com vista à redução da medicalização do parto e do abuso de cesarianas.

1.3 OS SISTEMAS DE SAÚDE: PÚBLICO E PRIVADO

Em que pese a grande importância do Sistema Universal de Saúde brasileiro (SUS), observam-se diversos problemas como falta de recursos estruturais, materiais e de suporte técnico. Na rede privada, em que apesar de oferecer recursos como insumos e condições favoráveis de trabalho, há uma busca pela linha de produção organizada. A medicalização tornou-se uma indústria, os procedimentos médicos são vistos como fonte de capital (RATTNER, 1996).

Dentro da obstetrícia, a cesariana passou a ser um meio de burlar o componente humanístico do parto, dando ao setor, como um todo, a possibilidade de aumentar o número de

atendimento e, por consequência, gerar lucro. Visto que, a cesariana, por ser um procedimento cirúrgico, demanda maior investimento, além de possibilitar a programação em caso de não emergência. O lado obscuro desse processo transpassa o objetivo inicial desse procedimento, que seria preservar a vida. O resultado é um país com mais de 50% de cesarianas, ultrapassando o triplo recomendado pela OMS.

Diante do excesso intervencionista hospitalar, houve crítica por parte de alguns profissionais com o questionamento dos reais benefícios entre procedimentos x sobrevivência materna e fetal. Apenas em 1990, que houve intensificação das reivindicações, surgindo o movimento “Humanização do Parto” (NICIDA *et al.*, 2019).

“O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenções que seja compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (OMS, 1996)

Devido às críticas realizadas em meios científicos e a constatação do número exorbitante de cesarianas, chegando a mais de 50% no Brasil, a OMS publicou em 1996 o documento “Assistência ao Parto Normal: Um Guia prático”. Em 2018, reiterou as recomendações com a atualização em “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*”. Os quais descrevem recomendações durante todas as etapas do parto e suas repercussões. Observou-se que muitos dos procedimentos invasivos não tinham qualquer efeito positivo, como por exemplo a tricotomia, enema. Enquanto que outros tornaram-se proscritos, como a manobra de Kristeller e o emprego generalizado da episiotomia (SEIBERT *et al.*, 2005).

“Humanizar o parto é um conjunto de condutas e procedimento que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou risco para mãe e o bebê” (OMS, 2000).

Diante disso, se entende que aos poucos o protagonismo da mulher foi substituído por esquematizações inerentes ao ambiente hospitalar a qual está inserida, sendo imposto aos profissionais e as pacientes “regras” não estabelecidas de forma democrática, burocrática ou de acordo com a medicina humanitária. O resultado, é a valorização da tecnologia, procedimentos intervencionistas, utilização de métodos invasivos com a premissa de “minimizar” danos, precaver complicações, mesmo após a comprovação de falhas nesse modelo de assistência.

No campo analítico da assistência obstétrica, tem-se configurado uma questão polêmica, real e que merece destaque: a violência obstétrica. O conhecimento técnico tornou-se exclusividade dos profissionais, deixando as mulheres totalmente subordinadas às instituições e à equipe integrada. O que resultou foi um compilado de meios implementados por décadas que calam a autonomia feminina, degradam a integridade do corpo e mente, afetando de

maneira permanente os direitos reprodutivos e sexuais constituindo, dentro do meio jurídico, rotura dos direitos humanos.

1.4 INTERVENÇÃO, MEDICALIZAÇÃO E MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO

O fenômeno da parturição em ambiente hospitalar assessorado por médicos e profissionais da saúde se firmou em território nacional por volta da década de 1950. Esse novo cenário de possibilidades proporcionou a queda nas taxas de mortalidade materna e perinatal. Contudo, o ineditismo da conjuntura intervencionista evidenciou críticas e incertezas principalmente vinculadas ao processo de standardização dos procedimentos que interferem na fisiologia primitiva do parto (NICIDA *et al.*, 2019).

O binômio medicina-parto sob o viés tecnológico permeia a discussão conceitual da medicalização. A ponte entre a medicina e a sociedade é melhor estudada a partir do meado do século XX e é possível observar que adquire diversos significados e diferentes visões sobre o impacto dos procedimentos e tecnologias no nascimento.

Por volta de 1980, as críticas ao modelo medicalizado intensificaram os pleitos no Brasil dando origem ao movimento denominado de “humanização do parto”. As reivindicações foram ponderadas em 1985 no Ceará, em uma conferência internacional de consenso sobre o uso apropriado de tecnologia no pré-natal, parto e nascimento gerenciada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS. Na ocasião, foi reconhecida a necessidade de revisão, visto que o país superava exorbitantemente a taxa internacional de cesarianas preconizada de 10 a 15%, tendo em vista que o parto é um evento natural (NICIDA *et al.*, 2019).

Desta maneira, surgem as recomendações da OMS, baseadas em estudos científicos, organizadas em um documento de Assistência ao Parto Normal, em 1996, com diretrizes de práticas que visam a implementação da humanização do parto. O objetivo era minimizar as práticas invasivas e desnecessárias, e priorizar a fisiologia do parto nos protocolos de conduta, para casos de baixo risco (DINIZ; CHACHAM, 2002).

A OMS propôs o incentivo à via vaginal de parto, bem como alterações no excesso da abordagem rotineiramente intervencionista, pautando-se nos possíveis desdobramentos negativos dessa vertente para mãe e concepto. A postura da Organização Mundial da Saúde reverberou incisivamente no país, tornando-se inspiração para elaboração de políticas sobre o parto, campanhas do Ministério da Saúde e movimentos sociais pela humanização. O Programa

de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) criado pelo Ministério da Saúde em 2000 foi um exemplo da influência do movimento (NICIDA *et al.*, 2019).

1.5 CRÍTICA AO MODELO OBSTÉTRICO NO BRASIL

Gradativamente, o corpo feminino nas diversas fases de vida foi se distanciando do campo empírico para se tornar parte do mundo médico-científico. Eventos fisiológicos como a menstruação, gravidez, nascimento e menopausa, transitando entre o mundo saúde *versus* doença, trouxeram à tona intervenções que muitas vezes são precipitadas, desnecessárias ou prejudiciais (SANTOS, 2000).

O respaldo legal da via de parto cirúrgica fundamenta-se numa indicação médica identificada. Em detrimento dessa máxima e da conjuntura estatística alarmante, diversos debates levaram a Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), cúpula que reúne ginecologistas em todo o mundo, da qual faz parte a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), via Comitê de Aspectos Éticos da Reprodução Humana, declarar que não é ética a realização de cesariana sem uma indicação médica formal (FEBRASGO, 2019).

De forma distinta, o Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG) recomenda que se deve garantir o respeito à autonomia feminina na escolha da via de parto, em pré-natal de baixo risco, com idade gestacional entre 39 e 40 semanas. Tendo como condição *sine qua non* o devido esclarecimento acerca dos riscos e benefícios da intervenção, configurado na assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). (MANDARINO *et al.*, 2009).

Este documento foi utilizado como modelo no Brasil. No estado de São Paulo, a Lei nº 17.137, sancionada em 23 de agosto de 2019, garante a parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. O Conselho Federal de Medicina (CFM) encaminhou para o Diário Oficial da União (DOU) a Resolução 2144/2016, a qual afirma ser ético o médico atender o desejo da gestante em realizar parto cesariano, garantindo a autonomia do profissional, paciente e segurança do binômio materno fetal. Estabelece também que, na identificação de risco habitual e como garantia da segurança fetal, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação

Observa-se, assim, que não há consenso quanto à problemática intervencionista na gestação, dada a multiplicidade de fatores que interferem na assistência ao parto. O

entendimento do direito feminino atrelado à medicina baseada em evidências científicas é o ponto chave para que os médicos tenham melhor direcionamento, tomar decisões de maneira consciente e saber reconhecer o que se firma como Violência Obstétrica.

A proposta deste trabalho em curso é demonstrar a evolução do cumprimento das orientações descritas em “Assistência ao Parto Normal: Um guia prático”, pela OMS em 1996, associado a “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*”, atualização de 2018. Incluindo a interferência das condições sociais, culturais, econômicas, profissionais, institucionais, em que a gestante está sujeita no momento do pré-natal ao parto. Além disso, correlacionar as evidências científicas para justificar os benefícios da regulamentação do Parto Humanizado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é estudar o atual cenário de partos normais e cesáreos no espaço público e privado, relacionando com as recomendações da OMS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o conhecimento sobre o conceito de “Parto Humanizado” ;
- Avaliar se as diretrizes do parto humanizado, que faz parte do programa de saúde pública, estão sendo atendidas no momento do nascimento;
- Analisar o tipo de parto esperado pela mãe durante pré-natal;
- Estudar as indicações médicas apresentadas para as cesarianas;
- Avaliar o cumprimento dos Direitos da Parturiente, indicado pelo Guia da OMS, e se há correlação com a instituição de saúde e grau de escolaridade materna;
- Averiguar o entendimento sobre “Parto Humanizado”

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo segue o modelo transversal, em que foi escolhida uma população específica, submetida a condição pré-estabelecida dentro de um período de tempo.

O trabalho parte de uma pesquisa prévia iniciada em julho de 2018 pelas autoras em conjunto com outras duas universitárias de Medicina da UNIGRANRIO. A orientação foi realizada pela Professora Leila Chevitarese, Dra. Selma Sabrá, docentes do curso de Medicina da Universidade UNIGRANRIO do campus Duque de Caxias e Dr. Paulo Aguiar, ex-docente.

A submissão da pesquisa foi iniciada ao Comitê de Ética da UNIGRANRIO, assim como da Plataforma Brasil, no entanto, não houve conclusão do processo. Para dar continuidade ao presente estudo, as autoras se basearam na autorização da coordenação das disciplinas TCC1 e TCC2 para utilização dos dados prévios coletados com a finalidade de confeccionar exclusivamente o Trabalho de Conclusão do Curso I e II, sem que estes sejam publicados em Revistas ou Congressos fora das dependências da Universidade. (*Apêndice 1– E-mail prof. Raquel; Apêndice 2 - E-mail plataforma Brasil*).

A bibliografia foi selecionada por via online, reunindo artigos de publicação entre os períodos 1980 a 2020, tendo como acervo a base de dados pública Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed). Nas buscas, foram utilizadas palavras e termos chaves como “Parto Humanizado”, “Medicalização”, “História do Parto”, “Birth Labor”.

A população alvo foi de mulheres com as seguintes características para o método de inclusão: brasileiras, moradoras do estado do Rio de Janeiro, mães, com filhos de até 20 anos; tendo histórico de parto dentro do estado Rio de Janeiro.

Para a análise socioeconômica incluímos no questionário o nível de escolaridade materna, parto em ambiente público ou privado. No entanto, não foi considerado renda salarial, profissão, cor de pele, idade materna no momento do parto, moradia, estado civil.

No corpo do questionário constaram perguntas objetivas sobre as condições do parto narrado, tendo como base principal as orientações preconizadas pela OMS em 1996 e 2018, dentre outras referências que constam ao longo deste trabalho. (*Anexo 1 – questionário completo*).

O questionário empregado foi implementado online através do site Google Forms, plataforma gratuita que permite criar formulários, com múltiplas escolhas e discursivas, dando

aos pesquisadores os resultados em escala numérica e gráfica. Além disso, confere anonimato aos colaboradores e acesso exclusivo dos resultados aos cientistas responsáveis.

A divulgação do documento foi realizada em redes sociais (Facebook e Whatsapp) dentro de grupos específicos para maternidade, tendo como exemplos: “Vamos conversar sobre parto normal?”, “Mães de primeira viagem: semana a semana”, “Grávidas e Mães de primeira viagem – oficial”, “Parto Humanizado”. As autoras participaram de tais grupos, solicitaram autorização aos devidos administradores para a divulgação do trabalho. Este, foi apresentado nos respectivos “*feeds*” por meio de texto introdutório, identificação dos pesquisadores e esclarecimento quanto ao objetivo acadêmico do mesmo. Em anexo ao texto, um link redirecionava a contribuinte ao *Google Forms*.

Ressalta-se que devido ao caráter anônimo e livre para a participação da pesquisa, não foi possível comprovar que todos os critérios de inclusão foram respeitados. No entanto, o pressuposto é de que os seguintes fatores tenham contribuído para a validade das respostas colhidas: a participação espontânea e ativa da mulher, inserida em um grupo social específico de interesse próprio, em condição de anonimato.

Foi apresentado previamente, ao início das perguntas, o Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TLCE). O questionário também informava acerca do mecanismo de anonimato para quem o respondesse e acesso restrito aos pesquisadores quanto aos resultados. Não foram registrados dados pessoais que identificassem diretamente as colaboradoras, como nome, endereço, documentos civis (*Anexo 2 – TCLE*).

No final do segundo semestre de 2018 foi obtido o conjunto de 200 participantes, dentro das condições pré-estabelecidas. Então, o acesso ao questionário foi dado como encerrado pelos pesquisadores.

Os dados obtidos foram organizados em gráficos, com números em porcentagens de maneira automatizada e em tempo real das respostas. Estes dados foram atualizados de maneira contínua ao longo de todo o período em que foi disponibilizado o formulário. O recurso de elaboração estatística está disponível dentro da própria ferramenta em que o documento foi desenvolvido e hospedado (*Google Forms*). Desta maneira, a cada resposta era incluída nas estatísticas gerais recolhidas no final do processo automaticamente. Não é possível acessar as respostas individuais de cada contribuinte.

Em seguida, foi realizada a análise do material bibliográfico previamente colhido, conforme descrito anteriormente, em confronto com os dados obtidos por meio das respostas das participantes ao formulário.

4 RESULTADOS

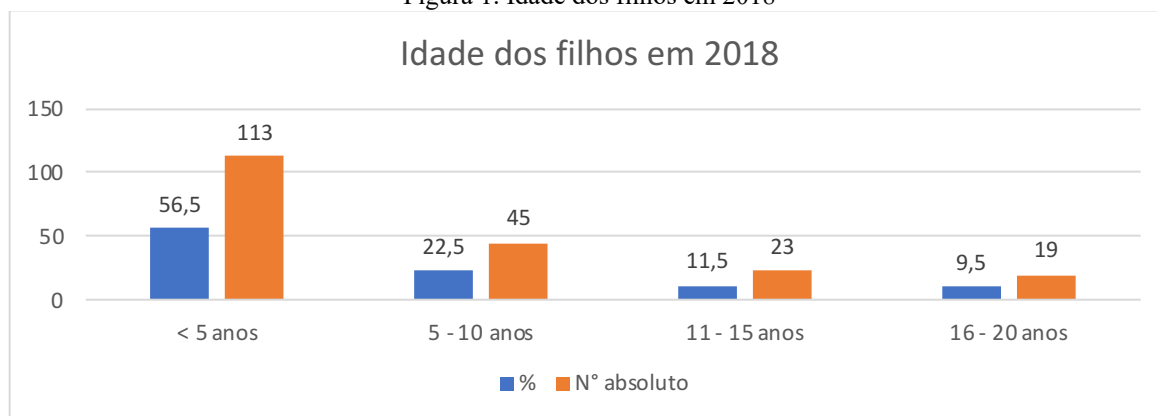
Considerando-se todas as 200 participantes, mais da metade (56,5%) possuía filhos menores de 5 anos, portanto, com partos realizado entre 2013 e 2018. As outras 43,5% mulheres tiveram filhos antes de 2013. (Tabela 1 e Figura 1).

Tabela 1. Idade dos filhos em 2018

Idade dos Filhos (em 2018)	%	N° absoluto
< 5 anos	56,5	113
5 - 10 anos	22,5	45
11 - 15 anos	11,5	23
16 - 20 anos	9,5	19

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021

Figura 1. Idade dos filhos em 2018



Fonte: elaborado pelas autoras, 2021

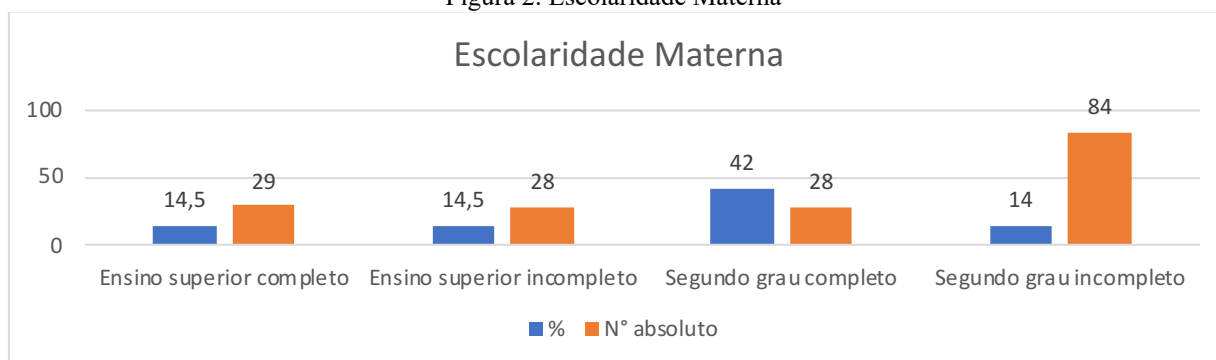
A escolaridade que apresentou maior frequência foi o ensino médio completo (42%), seguido pelas demais citadas, com números bastante similares, cerca de 14% cada (Tabela 2 e Figura 2).

Tabela 2. Escolaridade Materna

Escolaridade Materna	%	N° absoluto
Ensino superior completo	14,5	29
Ensino superior incompleto	14,5	28
Segundo grau completo	42	28
Segundo grau incompleto	14	84

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021

Figura 2. Escolaridade Materna



Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

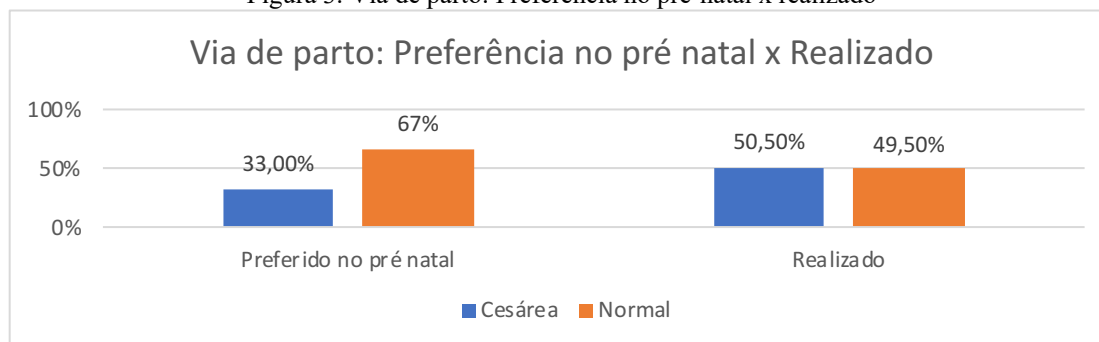
Quanto à via do parto, ocorreram aproximadamente o mesmo número de partos cesáreos e partos vaginais, 101 e 99, respectivamente. Entretanto, 67% tinham durante o pré-natal a preferência pelo parto vaginal e 33% preferiam a cesariana (Tabela 3 e Figura 3).

Tabela 3. Via de parto: Preferência no pré-natal x realizado

Tipo de parto	Preferência no pré natal	Realizado
Cesárea	33%	51%
Normal	67%	49,50%

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

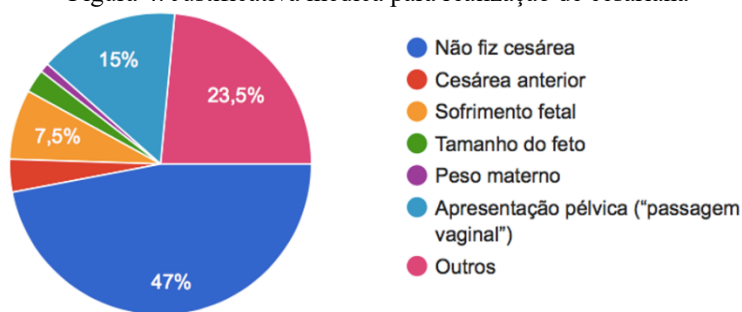
Figura 3. Via de parto: Preferência no pré-natal x realizado



Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

As mulheres submetidas ao parto cesárea (101 mulheres) foram questionadas acerca da justificativa dada pelo médico quanto a necessidade da realização desta via. Foram disponibilizadas as seguintes opções: Cesárea Anterior, Sofrimento Fetal, Tamanho do Feto, Peso Materno, Apresentação pélvica e Outros. A maioria (23%) marcou a opção com “Outros”. Em segundo lugar, (15%) contam que sua apresentação pélvica era incompatível com o parto vaginal. A terceira resposta mais optada (7,5%) relatam sofrimento fetal. (Figura 4)

Figura 4. Justificativa médica para realização de cesariana



Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

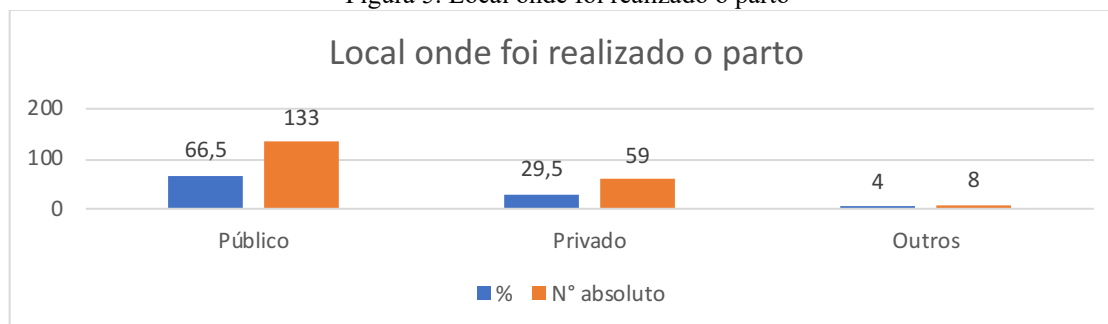
Quanto ao local do parto, 66,5% tiveram seus filhos em hospitais públicos, 29,5% em hospitais particulares e 4% responderam que em outros locais.

Tabela 4. Local onde foi realizado o parto

Local de parto	%	Nº absoluto
Público	66,5	133
Privado	29,5	59
Outros	4	8

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

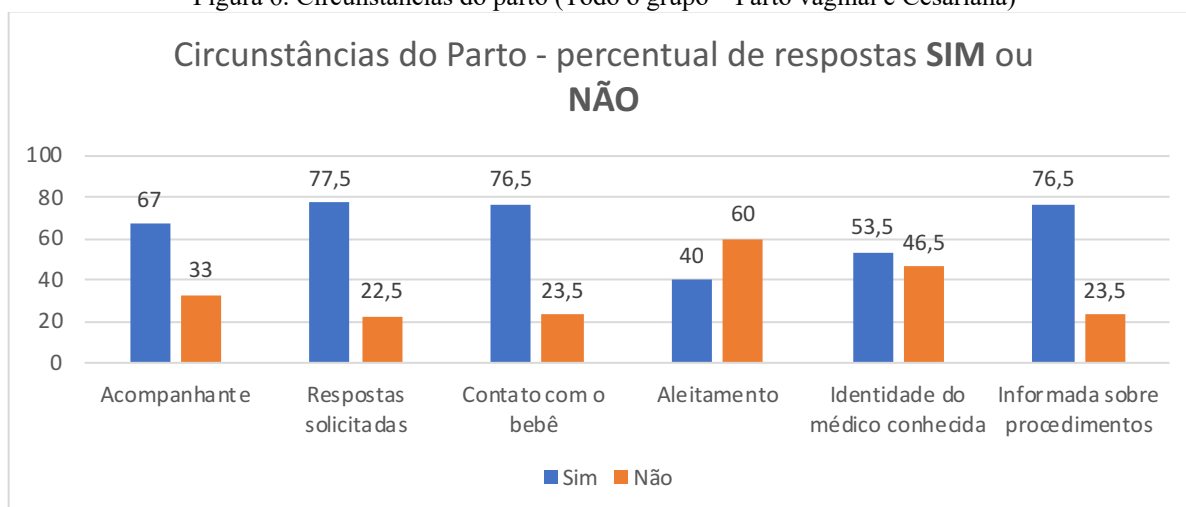
Figura 5. Local onde foi realizado o parto



Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

Considerando todo o grupo de respondentes, no que tange às circunstâncias do parto, 33% informaram que tiveram acompanhante; 22,5% não foram atendidas quando tiveram alguma dúvida; 46,5% não conheciam a identidade do profissional que auxiliou no parto; 23,5% não foram informadas sobre os procedimentos que estavam sendo realizados; 23,5% não tiveram contato com o bebê pele a pele e 60% das mulheres não iniciaram o aleitamento, ambos imediatos após o parto (Figura 6).

Figura 6. Circunstâncias do parto (Todo o grupo – Parto vaginal e Cesariana)



Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

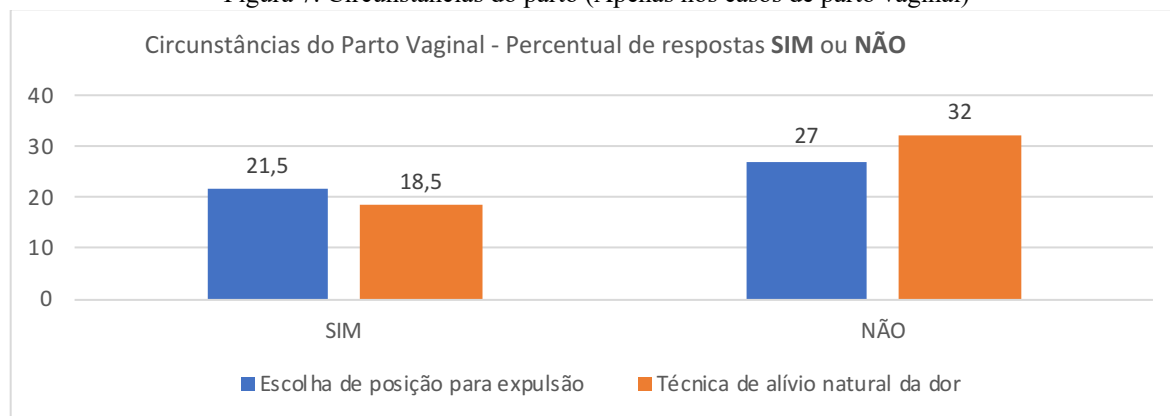
Tabela 5. Circunstâncias do Parto Vaginal

Circunstâncias do Parto Vaginal - Percentual de respostas **SIM** ou **NÃO**

Pergunta	SIM	NÃO
Escolha de posição para expulsão	21,5	27
Técnica de alívio natural da dor	18,5	32

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

Figura 7. Circunstâncias do parto (Apenas nos casos de parto vaginal)



Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

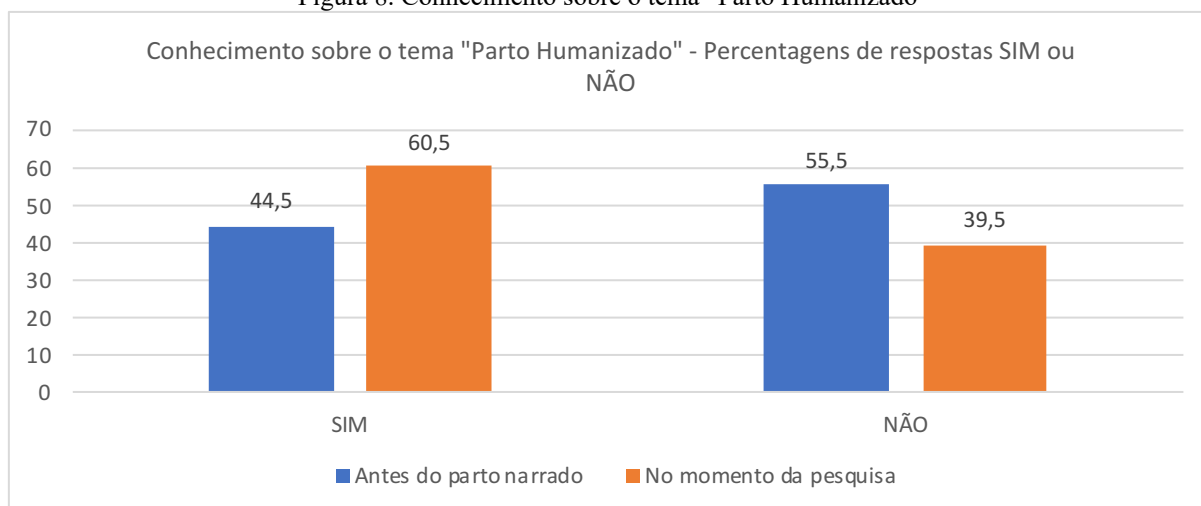
Entre as mulheres que tiveram o parto vaginal, 57% afirmaram que não houve a possibilidade de escolher a posição mais confortável durante a expulsão; 64% relataram que não houve adoção de técnicas naturais para alívio da dor e, o mesmo número, 64%, não recebeu alimentos e/ou líquidos durante o trabalho de parto.

Tabela 6. Conhecimento sobre o tema “Parto Humanizado”
Conhecimento sobre o tema "Parto Humanizado" -
Percentagens de respostas **SIM** ou **NÃO**

Tempo	SIM	NÃO
Antes do parto narrado	44,5	55,5
No momento da pesquisa	60,5	39,5

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

Figura 8. Conhecimento sobre o tema “Parto Humanizado”



Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

No que diz respeito ao conhecimento do termo “Parto Humanizado”, antes do parto, 55,5% informaram que não tinham esse conhecimento. Já no momento do questionário, a frequência dessa resposta cai para 39,5% (Tabela 6 e Figura 8).

Observa-se que todos os gráficos originais, utilizados para o cruzamento de dados composto das respostas para o questionário estão disponíveis na íntegra no Anexo 3.

5 DISCUSSÃO

5.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Quanto a via do parto, ocorreram 50,5% de cesarianas e 49,5% de partos vaginais. No entanto, 67% das mulheres tinham preferência pela via vaginal no momento do pré-natal, fato que leva ao questionamento de qual seria a justificativa para a indicação da cesariana numa frequência de três vezes maior que a preconizada pela OMS, que é de 15%, e cerca de 50% maior do que a desejada pelas gestantes, que era de 33%. Este fato é pertinente, pois as indicações relatadas apontam para circunstâncias com frequências aumentadas em comparação ao que se verifica na população geral. Chama a atenção o fato da apresentação pélvica, que incide em cerca de 4% dos partos a termo, ter sido alegada em 15% das indicações de cesariana.

Do ponto de vista histórico, nas últimas décadas, o modelo obstétrico no Brasil tem sido marcado por intervenções no parto que, muitas das vezes, não se adequam às parturientes de maneira individualizada, aumentando o número de cesarianas que, em sua maioria, não possuem uma indicação consistente com evidência científica (BRASIL, 2009).

Quanto ao local do parto, cerca de 66% das entrevistadas tiveram seus filhos em maternidades públicas. Observamos também que 22,5%, ou seja, 45 mulheres, não tiveram suas dúvidas sanadas durante o parto. Nesta mesma linha, 47 mulheres não foram informadas sobre os procedimentos que estavam sendo realizados. Mais da metade (107), não conhecia a identidade do profissional que auxiliou o parto. Verificamos que uma em cada três mulheres. (33%) foi impedida de ter acompanhantes no momento do parto. No presente estudo, foi averiguado que apenas 67% das mães tiveram a oportunidade de ter acompanhantes no momento do parto, em que pese a Lei nº 11.108 que garante a presença de pelo menos um acompanhante antes, durante e no pós parto imediato, sendo este indicado pela própria parturiente.

Vale lembrar que, em 2014, a OMS reiterou novos conceitos, reconhecendo que, apesar dos protocolos, a assistência ao parto não era um momento livre de violência. Diante da necessidade de reconhecer e resgatar os direitos femininos, houve apoio e investimento governamental em pesquisas voltadas para a qualidade da atenção no momento do parto (VELOZO *et al.*, 2020).

O cenário e todos seus componentes também corroboram de forma importante na vivência da parturição. A manutenção da qualidade espiritual, psicológica além da biológica é

de responsabilidade das pessoas que cercam a paciente no momento do parto (REIS *et al.*, 2015).

Como apresentado por Wuitchik, Bakal, Lipshitz, em 1989, o estresse de origem emocional nas fases iniciais do trabalho de parto pode ser correlacionado a TP prolongados, exacerbação dolorosa, aumento de cesarianas, alterações do batimento cardíaco fetal e necessidade de ressuscitação neonatal.

No nosso trabalho, 42% das mulheres possuíam o ensino médio completo, ou seja, a maioria não teve acesso à educação básica completa. Apesar disso, os dados revelam um avanço lento, porém notável, nos últimos anos, em relação a distribuição de informação. Visto que 55% das mulheres não conheciam sobre Parto Humanizado antes parto relatado, e 60% tinham conhecimento do tema no momento do estudo. Como 56,5% tiveram o parto entre 2013 e 2018, ou seja, filhos menores de 5 anos no momento da pesquisa sugere que houve maior propagação do termo “Parto Humanizado” neste período de tempo.

Quanto a esse tópico, destaca-se a importância da propagação didática das recomendações das condutas de parto, para o público no geral, principalmente no contexto pré natal. A divulgação de tal informação e o esclarecimento dos termos é essencial para se obter atendimento de maior qualidade, visando à proposta de promover assistência de excelência e a garantia dos direitos reprodutivos. Justifica-se, portanto, a relevância da criação e difusão das Políticas Nacionais de Humanização Obstétrica no SUS (VELOZO *et al.*, 2020).

5.2 A DOR DO PARTO E TÉCNICAS ALTERNATIVAS

Outro dado do estudo é o fato de 64% das mulheres participantes descreverem que não tiveram acesso às técnicas naturais para alívio da dor, como massagem e banho morno, durante o TP vaginal.

De acordo com Lowe (1996, p. 82): “Dor aguda é uma constelação complexa de desagradáveis experiências sensitivas, perceptivas e emocionais associadas as inevitáveis respostas autonômicas, psicológicas, emocionais e comportamentais”. Dada a subjetividade da dor no parto, vale ressaltar que as estratégias de analgesia também incluem o arsenal farmacológico, cujo uso não foi abordado na presente pesquisa.

A hidroterapia ou imersão em banheira com ou sem hidromassagem entrou em voga na composição das salas de partos pelo mundo, dado seu êxito em proporcionar relaxamento corporal através da diminuição da tensão muscular e pressão abdominal, desdobrando um maior conforto materno.

Pesquisas demonstraram benefícios desse recurso para além da redução da dor. O uso da água no TP está relacionado a uma maior satisfação da parturiente e aceleração da dilatação cervical. Destaca-se que o uso do chuveiro também é eficaz, principalmente se direcionado anatomicamente de acordo com a dor (BENFIELD, HEITKEMPER, NEWTON, 2018).

Além disso, Lowe (1996) afirma que diversas modalidades de massagem, ajudam a lidar com a dor e sofrimento, uma vez que produzem uma resposta fisiológica corporal de relaxamento e controle da consciência dolorosa. Dados científicos indicam que a ansiedade tende a exacerbar a percepção dolorosa de estímulos nociceptivos em nível cortical, aumentando a concentração sérica de catecolaminas, o que causa aumento da tensão muscular, diminuição do aporte sanguíneo pélvico e por fim, aumento do estímulo nociceptivo local. Ratifica-se, assim, a relevância do conhecimento e aplicabilidade de técnicas naturais e medicamentosas para o alívio da dor, sendo um direito justificado nas das diretrizes do parto humanizado.

5.3 ESCOLHA DE POSIÇÃO DURANTE TRABALHO DE PARTO

Com o questionário, obteve-se como resultado que 57% de mulheres não obtiveram a liberdade ou opções de adotar posicionamentos corporais individualizados para amenizar a dor pré e durante expulsão. Revela-se, portanto, um modelo da condução laboriosa inflexível quanto ao conforto materno durante o parto vaginal.

O ser humano, ao se tornar um mamífero bípede há aproximadamente 5 milhões de anos, adotou a postura supina, o que requisitou a involução do tamanho da pelve durante o processo da seleção natural. Por volta de 1,5 milhões de anos atrás, houve um aumento progressivo do perímetro cefálico. Logo, surgiu uma dissociação céfalo-pélvico durante a evolução da espécie humana. Foi apenas há 300.000 anos, com o desenvolvimento do movimento de rotação da cabeça, que foi possível o mecanismo de parto como conhecemos na atualidade (STEER, FLINT, 1999).

Com o detalhamento da mecânica do parto e sua correlação anatômica feminina, em 1991, a realização do *Trial* Randomizado por Melzack, Belanger e Lacroix, mostrou que parturientes sentadas ou em posição ortostática, as quais apresentaram significativa redução da dor lombar contínua e da dor relacionada a contração uterina comparada ao decúbito dorsal. Foi descrito que os movimentos e mudanças de posição otimizam o fluxo sanguíneo uterino, atividade uterina e descida fetal. Exercícios ritmados específicos do quadril também

contribuíram para o aumento da tolerância às dores da contração (MELZACK, BELANGER, LACROIX, 1991).

Tendo isso em vista, percebe-se que os estudos da evolução da espécie humana permitem um melhor entendimento sobre a dissociação entre espaço pélvico *versus* perímetro cefálico fetal e as mudanças fisiológicas necessárias ao longo do TP. Logo, a adoção de mudanças posturais maternas, que visam amenizar essas diferenças, é incentivada, pois demonstram benefícios comprovados ao serem adotadas e direcionadas pelo profissional.

5.4 CONTATO PELE A PELE E ALEITAMENTO IMEDIATO

Pelos coletados neste trabalho, 23,5 % das mulheres com história de parto vaginal e/ou cesariana não tiveram contato pele a pele. Além disso, 60% relatam não terem realizado o aleitamento materno imediato.

Sabe-se que o primeiro contato mãe-bebê é idealmente realizado com o conceito seco e pronado sem a interferência de barreiras físicas, ou com o mínimo possível, que impeçam o contato pele a pele com sua progenitora. A prática é recomendada imediatamente após o parto em recém nascidos (RN) a termo e saudáveis. Uma iniciativa desenvolvida pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a *Baby Friendly Healty Initiative*, recomenda que todo RN deve ter acesso ao contato pele-pele imediato pós parto, se mãe alerta e responsiva no contexto da operação cesariana e parto vaginal (UNICEF, 2012).

A facilitação desse vínculo extra uterino instantâneo facilita o neonato a desenvolver nove comportamentos instintivos naturais: choro ao nascer, relaxamento, despertar, reatividade, engatinhar, descansar, familiarização, sucção e sono. Os benefícios da prática para o RN são diversos. Podemos citar também, a manutenção da termorregulação, euglicemia, redução do risco de icterícia, redução do estresse do parto, estabilização cardiopulmonar, estabelecimento do elo mãe-bebê, ampliação do tempo de aleitamento materno (UNICEF, 2011).

As vantagens para a mãe decorrentes do contato cutâneo e encorajamento da oferta imediata do seio materno estão ligadas à redução dos sintomas de depressão pós parto, estresse fisiológico puerperal, aumento da concentração sérica de ocitocina endógena e promoção da autoconfiança materna em amamentar (AWHONH, 2016).

No entanto, a implementação do ato de aleitamento nos hospitais nem sempre é possível ou encorajada, principalmente se a via de parto é cirúrgica. Há evidências científicas que mulheres no pós-cesariana são menos propensas a iniciarem o aleitamento materno e relatam dificuldades relacionadas a pega e apojadura (WIDSTROM *et al.*, 2011).

A separação imediata pós nascimento entre mãe e feto, desconecta um momento crucial para a vida de ambos, em nome de um pretensão melhor controle dos riscos do recém nascido, parece erroneamente incorporado à burocracia do sistema de saúde institucional (FERTONANI *et al.*, 2015).

5.5 INGESTÃO DE SÓLIDOS E LÍQUIDOS DURANTE TRABALHO DE PARTO

No nosso estudo, 64% das mulheres informam que não tiveram acesso a alimentos de qualquer natureza, ou líquidos, durante o trabalho de parto via vaginal. Tal prática, que orienta a dieta zero no contexto do TP, se baseia na política “*Nothing by mouth*”, postulada após estudo emblemático realizado pelo Dr. Curtis Mendelson, publicado em 1946. A partir da análise de 44.016 parturientes entre 1932 a 1945 sob efeito de anestesia geral no trabalho de parto, foram encontrados 66 casos de broncoaspiração. As pacientes em questão inalaram uma mistura de gases como método anestésico e não foi esclarecido se utilizavam dispositivos protetores da via aérea. Dada a repercussão dos resultados em questão, o tema discorre debates no meio médico até os dias atuais (LOWE, 1996).

A vivência do trabalho de parto é permeada pela iminência de complicações. O risco de aspiração de conteúdos estomacais em uma cesariana emergencial sob anestesia geral, de fato, existe. Em contrapartida, menos de 6% cirurgias cesarianas são realizadas com o recurso da anestesia geral desde 1945. Hoje, utiliza-se com mais frequência a epidural ou outras técnicas mais seguras para via aérea da paciente inexistentes na época do estudo do Dr. Mendelson (DANGELO *et al.*, 2014).

Desde 2007 no Reino Unido os *guidelines* recomendam a oferta de bebidas e refeições leves para gestantes de baixo risco. Posteriormente, *The Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society* relatou a evidência de apenas 1 caso por aspiração documentado em aproximadamente 720.000 nascimentos no período de 2008-2009, sendo esta causa desconsiderada como primária no manejo da via aérea. Não foi esclarecido o regime alimentar da paciente em questão (COOK *et al.*, 2011).

No entanto, exceções da recomendação são reservadas para casos de pré eclâmpsia, obesidade, uso de opioides intravenosos - como a morfina no manejo da dor do parto. Nestes cenários, há consenso quanto a precaução pelo risco aumentado de broncoaspiração e, portanto, devem seguir o jejum absoluto (FREITAS, MEINBERG, 2009).

6 CONCLUSÃO

Nossos resultados revelaram do ponto de vista epidemiológico que 56,6% com filhos menores de 5 anos; 42% das mulheres tinham ensino médio completo; 29,5% com partos em hospitais privado, 66,5% em público; 67% preferiam parto vaginal durante pré natal, 33% cesariana. Quanto as circunstâncias do parto temos: das justificativas para a cesariana, 15% tiveram apresentação pélvica incompatível, 7,5% relatam sofrimento fetal; 33% não tiveram acompanhante; 22,5% não tiveram dúvidas sanadas; 23,5% não tiveram contato pele a pele com bebê imediato; 60% não tiveram aleitamento imediato; 46,5% não conheciam a identidade do profissional; 23,5% não eram informadas sobre os procedimentos; Com parto vaginal, 57% não escolheram posição na expulsão, 64% não tiveram acesso a técnicas naturais de alívio da dor, 64% não receberam alimento/líquido durante trabalho de parto; Dada a difusão do conhecimento populacional sobre o tema: antes do parto relatado, 55,% não conheciam o termo “Parto Humanizado”, no momento da pesquisa 30% também não conheciam.

Demonstra-se, portanto, a baixa adesão institucional hospitalar e profissional de todas as orientações preconizadas pela OMS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O advento do parto vaginal dirigido ou orientado pela ótica prismática da ciência assim como a cesariana, representariam a solução buscada por séculos para o controle de risco e promoção da segurança no ato de dar à luz. No entanto, a cultura da cesariana tomou grandes proporções e é essencial estabelecer que a escolha da via de parto transpassa entre o mundo profissional e materno, pois ambos necessitam entender os benefícios, malefícios, indicações dos diferentes tipos de parto, cada qual em seu nível intelectual correspondente para decidir juntos o método a ser selecionado.

A crítica quanto a assistência ao parto é alvo de dilemas éticos, visto que são pautas novas colocadas em cheque em nossa sociedade, após décadas de uma formalização acadêmica postulada, introduzir um novo modelo de atendimento não é aceito facilmente. A proposta de uma relação humanizada no parto, retornando ao protagonismo feminino, deve ser uma via de mão dupla entre o profissional e sua cliente, sendo hoje algo descrito como fundamental para uma relação de confiança e não imposição.

Vale ressaltar que parir através de um procedimento seguro, indolor, moderno é tanto atraente quanto legítimo uma vez que a liberdade de escolha é um trunfo outorgado à gestante. Sendo esse o principal fundamento da humanização do parto, visto que, a imposição de dor e sofrimento comprovadamente evitáveis entram na qualificação de Violência Obstétrica, postulado pela OMS, em 1996.

É esperado que o processo de humanização amplifique o diálogo entre os profissionais da saúde, reconhecendo inicialmente que a existência de técnicas abusivas sem respaldo científico são uma realidade, e estão sendo aplicadas em larga escala sem entendimento e conhecimento da parturiente, pondo em risco a sua integridade física, mental e muitas vezes dados que podem ser irreversíveis dentro desses campos.

8 REFERÊNCIAS

AWHONH, Association OF Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, Immediate and Sustained Skin-to-Skin Contact for the Healthy Term Newborn After Birth: AWHONN Practice Brief Number 5, **JOGNN**, 2016. Disponível em: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(16\)30352-5/pdf](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(16)30352-5/pdf)

BENFIELD, R. HEITKEMPER, M.M., NEWTON, E.R., Culture, bathing and hydrotherapy in labor: An exploratory descriptive pilot study, **Midwifery**, Sep; v. 64, p.110-114, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29961561/>

BRASIL, **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

BRASIL, Ministério da Saúde, **Saúde Brasil 2008**, Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf

CASTRO *et al.* **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. Scielo. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.6 Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600007.

CFM, Conselho Federal de Medicina, **Resolução CFM n. 2.144/2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>

COOK, T.M., WOODALL N, FRERK C, Major complications of airway management in the UK: results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society. Part 1: anaesthesia, **Br J Anaesth** May; v.106, n.5, p.: 617-31, 2011. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21447488/>

DANGELO, R., SMILEY, R.M., RILEY, E.T., SEGAL, S., Serious complications related to obstetric anesthesia: the serious complication repository project of the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology, **Anesthesiology**, Jun; v.120 n.6, p.1505-12.2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24845921/>

DINIZ, S; CHACHAM, A. Humanização do Parto. Rede nacional feminista de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos, **Rede feminista de saúde**, São Paulo, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304346717_Dossie_Humanizacao_do_Part

FEBRASGO, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, **FEBRASGO apoia posicionamento da SOGESP em relação ao PL 435/2019**, 2019. Disponível em:

<https://www.febrasgo.org.br/en/component/k2/item/852-febrasgo-apoia-posicionamento-da-sogesp-em-relacao-ao-pl-435-2019>

FEBRASGO, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, **Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: Recomendações da OMS**, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>

FERTONANI, H.P., PIRES, D.E.P., BIFF, D. SCHERER, M.D.A., Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira, **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n.6, Jun, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt>

FREITAS, J.F., MEINBERG, S. Analgesia de parto: bloqueios locorreionais e analgesia sistêmica **Rev Med Minas Gerais**; v.19, n.3 Supl 1, p.: S7-S14, 2009. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1229>

LOWE, N.K., The Pain and Discomfort of Labor and Birth, **JOGNN**, v.25, n. 1, p.82-92, January 01, 1996. Disponível em: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)33314-1/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)33314-1/fulltext)

MANDARINO *et al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1587-1596, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>.

MELZACK, R., BELANGER, E., LACROIX, R., Labor pain: Effect of maternal position on front and back pain, **Journal of Pain and Symptom Management**, Volume 6, Issue 8, November, Pages 476-480, 1991. Disponível em <https://bityli.com/mrLM6>

MOTT, M. Parto. Rev. **Estud. Fem.** v.10 n.2 Florianópolis, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200009&lng=pt&tlng=pt.

NICIDA *et al.* Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. Scielo. **Ciênc. saúde coletiva** vol.25 no.11 Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020001104531&script=sci_arttext

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia prático**. 1996. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 2000. Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/oms_boas_praticas_de_atencao_ao_parto_e_ao_nascimento.pdf.

OMS, Organização Mundial da Saúde. WHO recommendations - Intrapartum care for a positive childbirth experience, Geneva, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saude Publica**, v.30, n.1, p.19-33, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Md8J94wTVrfBG8x8fLp6dPH/?lang=pt&format=pdf>

REIS *et al.* Parto Humanizado: Compreender Para Executar. Periódicos Estácio. **Revista Hórus**, v. 10, n. 1, p. 133-143, 2015. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/3952/1910>.

SÃO PAULO, Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, **Lei n. 17.137** de 23 de agosto de 2019, Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/original-lei-17137-23.08.2019.html>

SANTOS, V. **Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir**. 237 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2000. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/79055>.

SEIBERT, S. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de enfermagem UERJ** 13, 245-51, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/30734722/medicalizaaao-x-humanizaaao-o-cuidado-ao-parto-na-histaria>

STEER, P., FLINT, C., Physiology and management of normal labour, **BMJ**. Mar 20; v. 318, n.7186, p.: 793–796. 1999. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1115220/>

UNICEF, Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância, **How to Implement Baby Friendly Standards** – A Guide for Maternity Settings, 2011. Disponível em: <https://bityli.com/HcfpR>

UNICEF, Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância **BABY-FRIENDLY USA, The Ten Steps to Successful Breastfeeding**, 2012. Disponível em: <https://www.babyfriendlyusa.org/for-facilities/practice-guidelines/10-steps-and-international-code/>

VELOZO *et al.* **Atuação dos profissionais de saúde e o processo de humanização no centro obstétrico.** 4570Revista Nursing, 2020; 23 (268): 4570-4574, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344558771_Atuação_dos_profissionais_de_saúde_e_o_processo_de_humanização_no_centro_obstétrico.

WIDSTROM, A.M., LILJA, G., MICHALIAS, P.A., DAHLLOF, Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation, **Researchgate**, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/45659147_Newborn_behaviour_to_locate_the_breast_when_skin-to-skin_A_possible_method_for_enabling_early_self-regulation.

WUITCHIK, M, BAKAL, D, LIPSHITZ, The clinical significance of pain and cognitive activity in latent labor. **Obstet Gynecol.** Jan; v.73, n.1, p.:35–42.1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2909041/>

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

“Este formulário está direcionado para mães brasileiras, com história gestacional e parto realizado em ambiente público ou privado, no Rio de Janeiro. Este formulário proporciona sigilo sobre quaisquer dados fornecidos, sendo estes acessados apenas pelo pesquisador e posteriormente serão utilizados, meramente, para objetivos científicos de análise quantitativa observacional.

A pesquisa acadêmica a seguir tem como objetivo constatar o cumprimento dos direitos reservados às mulheres no momento do parto e avaliar o grau de conhecimento acerca do tema Parto Humanizado. Este questionário deve ser respondido por mulheres com filhos de até 20 anos, que tenham feito o parto no Estado do Rio de Janeiro.

Assinale apenas uma opção para cada pergunta. Em casos de mais de uma gestação, responder o questionário com a história do último parto.

1- Idade do filho(a):

- | | |
|---|---|
| ☐ Menor que 5 anos | ☐ Entre 5 e 10 anos |
| ☐ Entre 10 e 15 anos | ☐ Entre 15 e 20 anos |

2- Escolaridade materna:

- | | |
|---|---|
| ☐ Primeiro grau incompleto | ☐ Primeiro grau completo |
| ☐ Segundo grau incompleto | ☐ Segundo grau completo |
| ☐ Ensino superior incompleto | ☐ Ensino superior completo |

3- Local :

- | | |
|---|--|
| ☐ Hospital público | ☐ Hospital particular |
| ☐ Outros | |

4- Tipo de parto realizado:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Parto normal | ☐ Parto Cesárea |
|---------------------------------------|--|

5- Indicação médica do tipo de parto:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Parto normal | ☐ Parto cesárea |
|---------------------------------------|--|

6- Em caso de parto cesárea, qual foi a justificativa médica?

- | | |
|--|---|
| ☐ Não fiz cesárea | ☐ Cesárea anterior |
| ☐ Ausência de passagem vaginal | ☐ Sofrimento fetal |
| ☐ Tamanho do feto | |
| ☐ Apresentação pélvica (Bebê sentado ou em outra posição não favorável) | |
| ☐ Pressão Alta | ☐ Ruptura de bolsa |
| ☐ Não me justificaram | ☐ Outros |

7- Sua preferência de tipo de parto foi levada em consideração?

- | |
|---|
| ☐ Preferia parto normal mas fui induzida/precisei de cesárea |
| ☐ Preferia parto normal e tive parto normal |
| ☐ Preferia parto cesariano mas fui induzida/precisei de parto normal |
| ☐ Preferia parto cesariano e tive parto cesariano |

8- Houve acompanhante no momento do parto?

☐ Sim ☐ Não

9- Houve resposta às informações solicitadas no momento do parto ?

☐ Sim ☐ Não

10- Em caso de parto normal, houve possibilidade de escolher a posição mais confortável durante expulsão?

☐ Não fiz parto normal ☐ Sim ☐ Não

11-Em caso de parto normal, houve adoção de técnicas naturais para alívio da dor, como massagens e banho morno?

☐ Não fiz parto normal ☐ Sim ☐ Não

12-Houve contato com o bebê imediatamente após parto?

☐ Sim ☐ Não

13-Houve aleitamento imediatamente após o parto?

☐ Sim ☐ Não

14- A identidade do profissional era conhecida por você no momento do parto?

☐ Sim ☐ Não

15- Foi informada sobre os procedimentos que estavam sendo realizados?

☐ Sim ☐ Não

16- Em caso de parto normal, recebeu alimentos e/ou líquidos?

☐ Não fiz parto normal ☐ Sim ☐ Não

17-Tem algum conhecimento hoje sobre parto humanizado?

☐ Sim ☐ Não

18-Antes do parto em questão você tinha conhecimento sobre “Parto Humanizado”?

☐ Sim ☐ Não

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

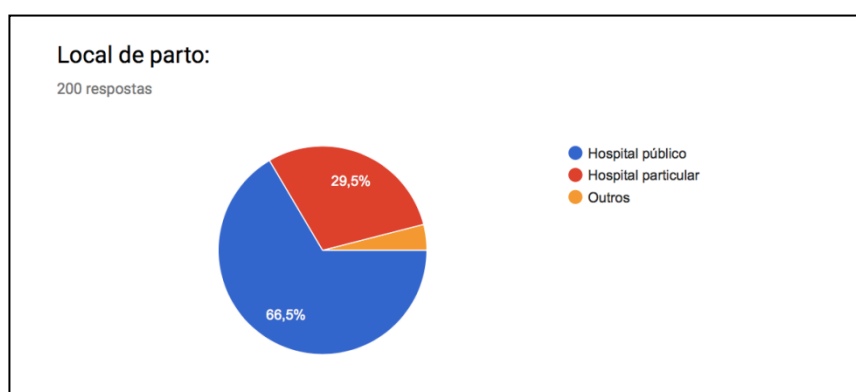
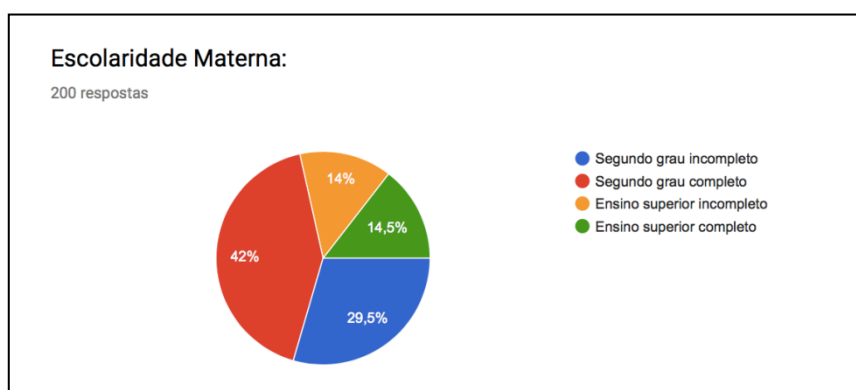
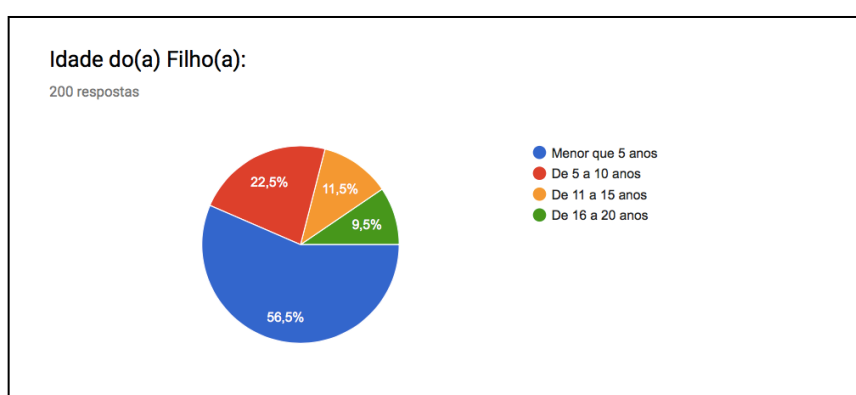
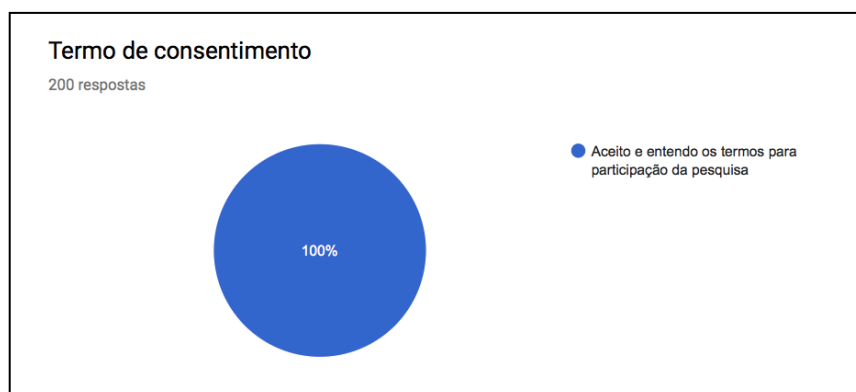
(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

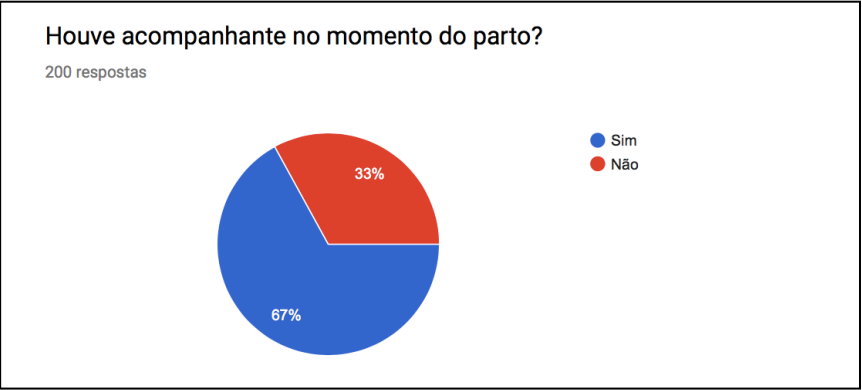
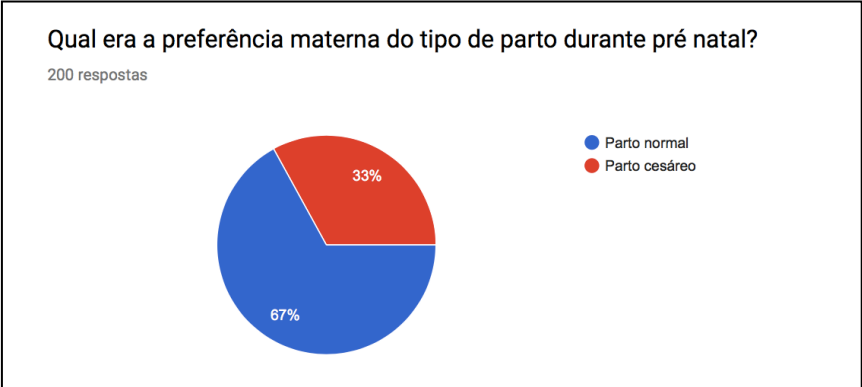
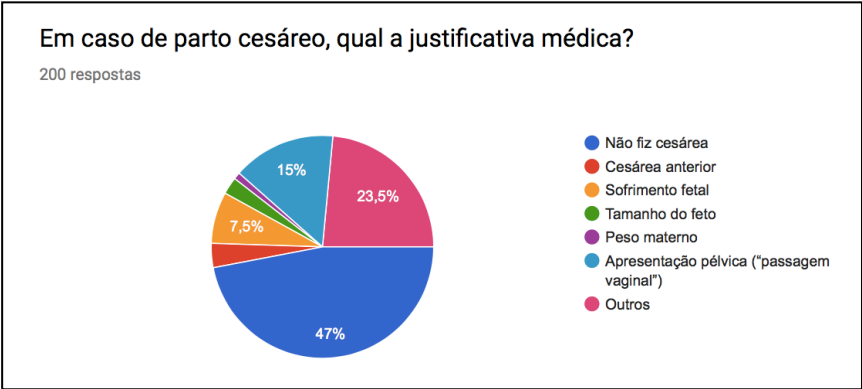
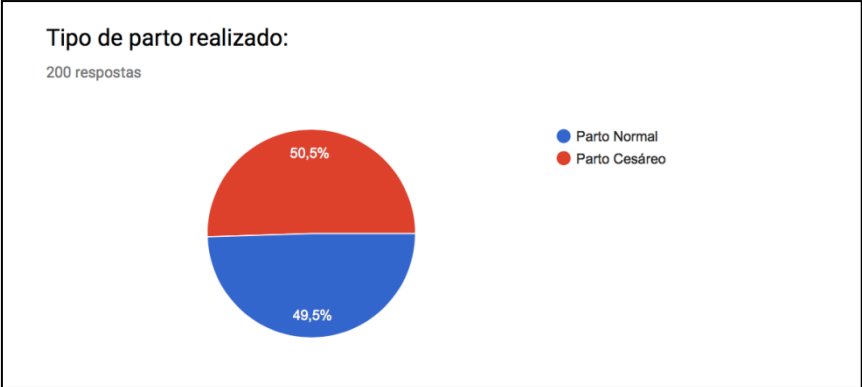
Você está sendo convidado para participar da pesquisa Parto Humanizado e Preservação Dos Direitos Maternos. Você foi selecionado através da divulgação de nosso trabalho na rede social "Facebook" em grupos direcionados a discussão sobre parto e maternidade, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é identificar se os Direitos Maternos, preconizados pela "Diretriz de Parto Humanizado", foram respeitados durante o parto do seu filho (a). Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher o questionário através da ferramenta online "Google Docs", no qual contém perguntas objetivas e respostas pré estabelecidas. Os riscos relacionados com sua participação são inexistentes. Os benefícios da sua participação estão relacionados com a contribuição de esclarecimento dos Direitos da Parturiente, ajudando aos estudantes da área médica na melhor compreensão sobre o assunto. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação sendo esses acessados apenas pelo pesquisador. No entanto, não serão colhidas informações que possibilitem a identificação das participantes a partir do cruzamento de dados fornecidos.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis Leila Chevitareze, Selma Sabra, Paulo Aguiar, Mariana Januario, Ludmila Silveira, Gabriela Soares e Sabrina Ferreira no e-mail sabrinaf_barros@hotmail.com ou nos telefones (22) 999155931 / CEP UNIGRANRIO (21) 26727733

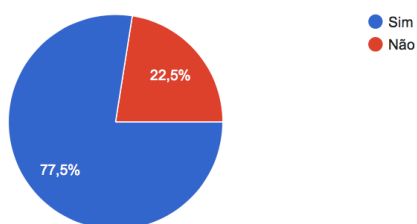
ANEXO 3 - GRAFICOS- Resultados do questionário Parto Humanizado e Preservação dos Direitos Maternos – 2018





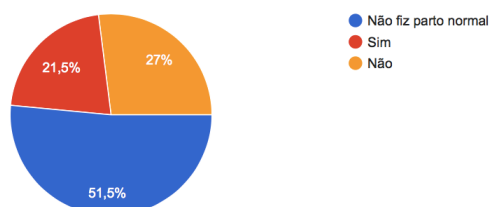
Houve resposta às informações solicitadas no momento do parto ?

200 respostas



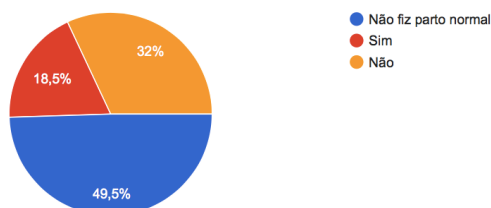
Em caso de parto normal, houve possibilidade de escolher a posição mais confortável durante expulsão?

200 respostas



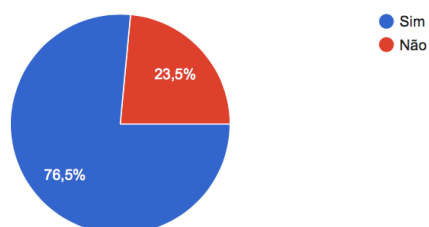
Em caso de parto normal, houve adoção de técnicas naturais para alívio da dor, como massagens e banho morno?

200 respostas



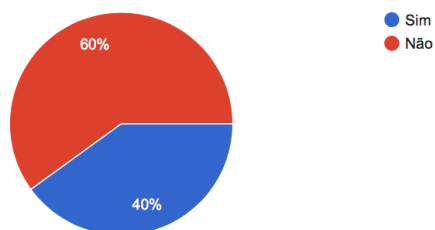
Houve contato com o bebê imediatamente após parto ?

200 respostas



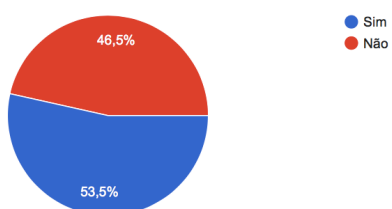
Houve aleitamento imediatamente após o parto?

200 respostas



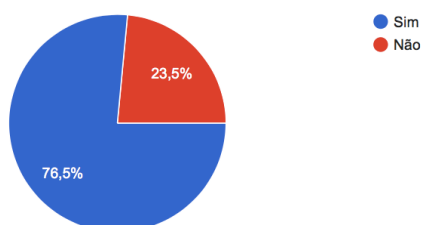
A identidade do profissional era conhecida por você no momento do parto?

200 respostas



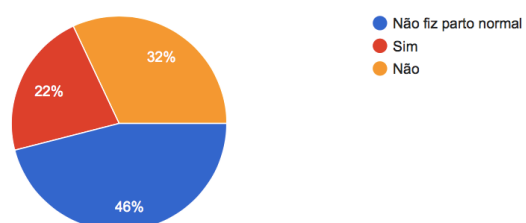
Foi informada sobre os procedimentos que estavam sendo realizados ?

200 respostas



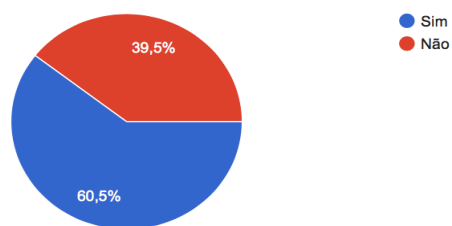
Em caso de parto normal, recebeu alimentos e/ou líquidos ?

200 respostas

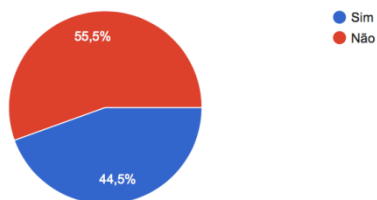


Tem algum conhecimento sobre parto humanizado?

200 respostas

**Antes do parto em questão você tinha conhecimento sobre "Parto Humanizado"?**

200 respostas



Fonte: Google Forms – 2018 – Autoras: Ludmila Silveira; Mariana Januario

APENDICES

APENDICE 1 – E-MAIL DA PROF. RAQUEL NOBOA

LUDMILA SILVEIRA <ludmilafsmedr
onho@gmail.com>

Seg, 24/05/2021 20:16

Para: Você



----- Mensagem encaminhada -----

De: **Raquel Fernandes de Barros Noboa**

<raquelfbarros@unigranrio.edu.br>

Data: seg., 24 de mai. de 2021 às 15:46

Assunto: Re: TCC 2 - Aprovação de pesquisa pelo comitê de
ética

Para: LUDMILA SILVEIRA <ludmilafsmedronho@gmail.com>

Boa tarde!

Se a pesquisa possui apenas o propósito de servir de base para o desenvolvimento do TCC II (Trabalho de Conclusão de Curso) - não há necessidade de submeter a pesquisa ao CEP. Contudo, se no futuro, desejar escrever artigo sobre o tema, utilizando a pesquisa, deverá enviar para aprovação do CEP.

Atenciosamente,

APENDICE 2 – E-MAIL DA PLATAFORMA BRASIL